

# West Counseling, PLLC

Nombre: \_\_\_\_\_ Medicaid ID #: \_\_\_\_\_ Archivo# \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO M / F

GRADO \_\_\_\_\_ EMPLEADOR/ESCUELA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular \_\_\_\_\_

Correo Electronico:

### Información de Asegurancia de Salud:

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza #: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Número Telefónico de Asegurancia \_\_\_\_\_

Dirección de Asegurancia : \_\_\_\_\_

Nombre de Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fech.Nac.: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Co Pago: \_\_\_\_\_

Co Seguro: \_\_\_\_\_ Deducible \_\_\_\_\_

### Información de Asegurancia Secundaria:

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza #: \_\_\_\_\_

Número Telefónico de Asegurancia \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección de Asegurancia : \_\_\_\_\_ Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fech.Nac.: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Co Pago: \_\_\_\_\_

Co Seguro: \_\_\_\_\_ Deducible \_\_\_\_\_

¿Recibir recordatorio de Texto?  Si  No ¿Recibir recordatorio de Email?  Si  No, ( en caso afirmativo, registre en el portal del paciente )

¿Se puede dejar mensajes en casa/celular/trabajo? (Marque Uno)  YES  NO (Si el consumidor es un menor)  
PADRE(S)/GUARDIÁN LEGAL(S) \_\_\_\_\_

Medico De Atencion Primaria: \_\_\_\_\_ #Teléfono \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTE Nombre y Relación: \_\_\_\_\_

#Telefono: \_\_\_\_\_

Por Favor indique otros miembros de la familia en el hogar su edad Y relación con el

Paciente: \_\_\_\_\_

Fuente De Referencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_

# West Counseling, PLLC

Nombre: \_\_\_\_\_

Medicaid ID #: \_\_\_\_\_

Archivo# \_\_\_\_\_

## Consentimiento Para Tratar

Yo, (relación de consumidor) , el abajo firmante certifica que ,e ingresado voluntariamente en tratamiento o doy mi consentimiento al menor o la persona bajo mi tutela legal mencionada anteriormente, en West Counseling, PLLC, por la presente llamado el Centro. Además, doy mi consentimiento para que un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero o pasante brinde el tratamiento en colaboración con su supervisor. Me han explicado los derechos, riesgos y beneficios asociados con el tratamiento. Entiendo que cualquiera de las partes puede suspender la terapia en cualquier momento. La clínica recomienda que esta decisión se discuta con el psicoterapeuta tratante. Esto ayudará a facilitar un plan de alta más apropiado.

**Derechos del paciente:** Certifico que he recibido el folleto de derechos del paciente y certifico que he leído y entiendo su contenido. Entiendo que, como paciente de los servicios, puede obtener más información del asesor de derechos del paciente.

**Alta no voluntaria del tratamiento:** Un cliente puede ser despedido del Centro, de forma no voluntaria si: A.) el cliente exhibe violencia física, abuso verbal, porta armas o participa en actos ilegales en la clínica. Y/ o B.) El cliente se niega a cumplir con las reglas estipuladas del programa, se niega a cumplir con las recomendaciones de tratamiento o no realiza pagos o arreglos de pago de manera oportuna. El cliente será notificado por carta, Del Despido no - voluntario. El cliente puede apelar esta decisión con el director de la clínica o solicitar volver a solicitar los servicios en una fecha posterior.

**Notificación de confidencialidad del cliente:** La confidencialidad de los registros de pacientes mantenidos por el Centro están protegida por las leyes y reglamentos federales y/ o estatales. En general, el Centro no puede decirle a una persona fuera del Centro que un paciente asiste al programa o divulgar cualquier Información que identifique a un paciente como un abusador de alcohol o drogas a menos que: 1) el paciente consiente por escrito, 2) la divulgación está permitida por una orden judicial, o 3) la divulgación se realiza al personal médico en una emergencia médica, o al personal calificado para investigación, auditoría o evaluación del programa.

*La violación de las leyes y reglamentos federales y/ o estatales por parte de un centro de tratamiento o proveedor es un delito. Las presuntas violaciones pueden denunciarse a las autoridades correspondientes. Las leyes y regulaciones federales y/ o estatales no protegen ninguna información sobre un delito cometido por un paciente en el Centro, contra ninguna persona que trabaje para el programa o sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre sospechas de abuso o negligencia de niños (o adultos vulnerables), o el abuso de adultos que se informa bajo las leyes federales y/ o estatales a las autoridades estatales o locales correspondientes. Los profesionales de la salud deben informar la exposición prenatal admitida a sustancias controladas que son potencialmente dañinas. Es deber del Centro advertir a cualquier víctima ,potencial, cuando se ha hecho una amenaza significativa de daño. En caso de fallecimiento de un Cliente, el cónyuge o los padres de un cliente fallecido tienen derecho a acceder a los registros de su hijo o cónyuge. La mala conducta de un profesional de la salud debe ser comunicado a otros profesionales de la salud, en los cuales los registros de clientes pueden divulgarse para fundamentar inquietudes disciplinarias. Los padres o tutores legales de clientes menores no emancipados tienen derecho a acceder a ciertos registros de clientes. Cuando las tarifas no se pagan de manera oportuna, una agencia de cobranza recibirá información financiera y facturas adecuadas sobre el cliente, no información clínica. Mi firma a continuación indica que me han dado una copia de mis derechos con respecto a la confidencialidad. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Los datos del cliente de los resultados clínicos pueden usarse para fines de evaluación del programa, pero los resultados individuales no se divulgarán a fuentes externas.*

Doy mi consentimiento para el tratamiento y acepto cumplir con las políticas y acuerdos previamente establecidos con West Counseling, PLLC.

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente/ Legal de Guardián Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

(En el caso de que un cliente sea menor de 14 años, un adulto legalmente responsable, debe actuar en su nombre. Los niños menores de 14 años deben dar su consentimiento Junto con un adulto legalmente responsable)

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

# West Counseling, PLLC

**Este formulario describe la confidencialidad de sus registros médicos, cómo se usa la información, sus derechos y cómo puede obtener esta información.**

Eficaz 02-01-2010, Rev. 1212017

**Nuestras Obligaciones Legales** Las leyes estatales y federales requieren que mantengamos sus registros médicos privados. Estas leyes requieren que le enviemos este aviso para informarle sobre nuestra privacidad de la información, sus derechos y nuestras obligaciones. Estamos obligados a cumplir con estas políticas hasta que sean reemplazadas o revisadas. Tenemos derecho a revisar nuestras políticas de privacidad para todos los registros médicos, incluidos los registros que se mantienen antes de realizar cambios en la política. Cualquier cambio a este aviso estará disponible previa solicitud antes de que se realicen los cambios. El contenido del material que se nos revela en una sesión de evaluación, admisión o consejo está cubierto por la ley como información privada. Respetamos la privacidad de la información que nos proporciona y cumplimos con los requisitos éticos y legales de confidencialidad y privacidad de los registros

**Uso de la Información** El personal asociado con esta clínica puede usar su información para el diagnóstico, la planificación del tratamiento, el tratamiento y la continuidad de la atención. Podemos divulgar a proveedores de atención médica que atiendan, como médicos, enfermeras, profesionales de salud mental y estudiantes de salud mental o socios comerciales afiliados a esta clínica, como facturación, mejora de calidad, capacitación, auditorías y acreditación. Tanto la información verbal como los registros escritos sobre un cliente no se pueden compartir con otra parte sin el consentimiento por escrito del cliente o el tutor legal o el representante personal del cliente. Es la política de esta clínica no divulgar ninguna información sobre un cliente sin firma de la Divulgación de información, excepto en ciertas situaciones de emergencia o excepciones en las que la información del cliente puede divulgarse a otros sin consentimiento por escrito. Algunas de estas situaciones se detallan a continuación, y puede haber otras disposiciones proporcionadas por requisitos legales o por acuerdo.

**Deber de Advertir y Proteger** Cuando un cliente revela intenciones o un plan para dañar a otra persona o personas, el profesional de la salud debe advertir a la víctima prevista e informar esta información a las autoridades legales. En los casos en que el cliente revela o involucra un plan de suicidio, el profesional de la salud debe notificar a las autoridades legales y hacer intentos razonables para notificar a la familia del cliente.

**Seguridad Pública** Los registros de salud pueden divulgarse para el interés público y la seguridad para actividades de salud pública, procedimientos judiciales y administrativos, propósitos de aplicación de la ley, amenazas graves a la seguridad pública, funciones gubernamentales esenciales, militares, amenaza de terrorismo o amenaza de seguridad nacional y al cumplir con las leyes de compensación a trabajadores.

**Abuso** Si un cliente declara o sugiere que está abusando de un niño o un adulto vulnerable, o a abusado recientemente de un niño o un adulto vulnerable, o un niño (o adulto vulnerable) está en peligro de abuso, el profesional de la salud debe reportar esta información al servicio social apropiado y a las autoridades legales. Si un cliente es víctima de abuso, negligencia, violencia o víctima de un delito, y su seguridad parece estar en riesgo, podemos compartir esta información con la ley para ayudar a prevenir eventos futuros y capturar al autor.

**Exposición Prenatal a Sustancias Controladas** Los profesionales de la salud deben informar la exposición prenatal a sustancias controladas que son potencialmente dañinas. En caso de fallecimiento de un cliente, el cónyuge o los padres de un cliente fallecido tienen derecho a acceder a los registros de su hijo o cónyuge.

# West Counseling, PLLC

**Mala Conducta Profesional** La mala conducta de un profesional de la salud debe ser comunicado a otros profesionales de la salud. En los casos en que se lleve a cabo una reunión disciplinaria profesional legal con respecto a las acciones del profesional de la salud, los registros relacionados pueden divulgarse para justificar preocupaciones disciplinarias.

**Procedimientos Judiciales o Administrativos** los profesionales de la salud deben divulgar los registros de los clientes cuando se haya emitido una orden judicial.

**Menores/Tutela** los padres o tutores legales de clientes menores no emancipados tienen derecho a acceder a los registros de los clientes.

**Otras provisiones** el pago de los servicios es responsabilidad del cliente o de una persona que ha acordado proporcionar el pago, y el pago no se ha realizado de manera oportuna. Las agencias de cobro se pueden utilizar para cobrar deudas el contenido específico de los servicios (por ejemplo, diagnóstico plan de tratamiento, notas de progreso, pruebas) no es divulgado por una deuda permanece impaga, las agencias de crédito pueden ser informadas y el informe de crédito del cliente puede indicar cantidad adeudada, el término y el nombre de la clínica o la fuente de recolección.

Las compañías de seguros, la atención administrada y otros pagadores externos reciben la información que solicitan. En cuanto a los servicios al cliente. La información que se puede solicitar Incluye tipo de servicios, fechas / horas de servicios, diagnóstico, plan de tratamiento, descripción de la discapacidad, progreso de la terapia y resúmenes.

La información del cliente puede divulgarse en consultas con otros profesionales para proporcionar el mejor posible tratamiento En tales casos, el nombre del cliente, o cualquier información de identificación, no se revela. Información clínica se discute sobre el cliente. Algunas notas e informes de progreso se dictan verbalmente o por computación dentro de la clínica o por fuentes externas especializadas (y responsables) de tales procedimientos.

En caso de que la clínica o el profesional de salud mental llame por teléfono al cliente para fines tales como cancelaciones o recordatorios de citas, o para dar/ recibir otra información, se hacen esfuerzos para preservar confidencialidad notifique por escrito dónde podemos comunicarnos con usted por teléfono y cómo desea que nos, identifiquemos. Nosotros mismos por ejemplo, puede solicitar que cuando lo llamemos a su casa o trabajo, no diga el nombre de la clínica o la naturaleza de la llamada, pero solo el nombre del profesional de la salud mental. Si esta información no es proporcionada (a continuación), cumpliremos con el siguiente procedimiento al hacer llamadas telefónicas: Primero preguntaremos hablar con el cliente (o tutor) sin identificar el nombre de la clínica. Si la persona que contesta el teléfono hace más preguntas para obtener información del cliente, diremos que es una llamada personal. No identificamos la clínica (para proteger confidencialidad). Si llegamos a un contestador automático o correo de voz, seguiremos las mismas pautas.

## **Tus Derechos**

Tiene derecho a solicitar una revisión o recibir sus registros médicos. Los procedimientos para obtener una copia de su información médica es la siguiente. Puede solicitar una copia de sus registros por escrito con una firma original (no fotocopia). Si su solicitud es denegada, recibirá una explicación por escrito de la denegación. Registros para los menores no emancipados deben ser solicitados por sus padres o tutores legales. El cargo por este servicio cuesta \$3.00 por página, más envío.

Tiene derecho a cancelar la divulgación de información enviándonos un aviso por escrito. Si quiere tener su información enviada a una ubicación que no sea nuestra dirección en el archivo, debe proporcionar esta información por escrito. Usted tiene derecho a restringir qué información puede divulgarse a otros. Sin embargo, si no estamos de acuerdo con esas restricciones, no estamos obligados a acatarlas. Tiene derecho a solicitar información sobre usted. Comunicado por otros medios a otra ubicación. Esta solicitud debe hacerse a nosotros por escrito. Tiene el derecho a estar en desacuerdo con los registros médicos en nuestros registros. Puede solicitar que se modifique esta información. A pesar de que podemos negar el cambio de registro, usted tiene derecho a hacer declaración de desacuerdo, que se colocará en su archivo. Usted tiene derecho a saber qué Información en su registro se le ha proporcionado a quién. Solicita esto por escrito. Si desea una copia escrita de este aviso, puede obtenerse solicitándolo al Director de la Clínica en este lugar.

**Quejas** si tiene alguna queja o pregunta sobre estos procedimientos, comuníquese con la clínica. Nosotros nos pondremos en contacto con usted de manera oportuna. También puede presentar una queja ante Cardinal Innovations Healthcare, 550 South Caldwell St., Suite 1500, Charlotte, NC 28202, 1-800-939-5911, y / o el Departamento de Carolina del Norte de Salud Mental/ Retraso Mental o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Si presenta una queja, lo haremos no habrá represalias de ninguna manera.

---

Dirija toda la correspondencia a: ATT: Policy Administration-  
2324 Concord Lake Road, Concord, NC 28025

**Entiendo los límites de confidencialidad, políticas de privacidad, mis derechos y sus significados y ramificaciones.**

**Nombre del cliente (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Firma(parte responsable):** \_\_\_\_\_

Firmado por: \_ cliente \_ guardián \_ representante personal

# West Counseling, PLLC

## Política Financiera

El personal de West Counseling, PLLC (después referido como la clínica) estamos comprometidos a brindar atención médica profesional y cuidadosa a todos nuestros clientes. Como parte de la provisión de servicios de salud, hemos establecido una política financiera que brinda políticas de pago y opciones a todos los consumidores. La política financiera de la clínica está diseñada para aclarar las políticas de pago según lo determine la administración de la clínica.

La persona responsable de pagar la factura debe firmar el formulario, la política financiera/ contrato de pago de los servicios, que explica las tarifas y las políticas de cobranza de la clínica. Su póliza de seguro, si la hay, es un contrato entre usted y la compañía de seguros; No formamos parte del contrato con usted y su compañía de seguros.

**Como un servicio para usted**, la clínica facturará a las compañías de seguros y otros pagadores externos, pero no puede garantizar dichos beneficios o el monto cubierto, y no es responsable de la recaudación de dichos pagos. En algunos casos las compañías de seguros u otros pagadores externos pueden considerar ciertos servicios como irracionales o necesarios o puede determinar que los servicios no están cubiertos o que no ha alcanzado su deducible en tales casos, la persona responsable del pago de la cuenta es responsable del pago de estos servicios. Cobramos a nuestros clientes tarifas usuales para el área. Visita inicial / evaluación clínica integral \$150, los servicios de terapia son \$47.50 por media hora, los servicios clínicos cuestan hasta \$95 por una ora, el testimonio judicial se cobra hasta \$1200 por día más viaje razonable y costo de alojamiento. Los clientes son responsables de los pagos independientemente de cualquier determinación arbitraria de la empresa de las tarifas habituales aceptamos la asignación de seguro. Los clientes serán considerados para ajustes sensibles al ingreso por solicitud y por mutuo acuerdo.

La persona responsable del pago (como se indica en el Acuerdo de pago del servicio) será financieramente responsable del pago de dichos servicios. La persona responsable de pagar la factura es financieramente responsable. De pagar los fondos no pagados por las compañías de seguros o terceros pagadores después de 60 días. Pagos no recibidos después de 30 días están sujetos a cargos. Se cobra una tasa de Interés del 10% por mes para las cuentas mayores de 60 días.

**Los deducibles de seguro, copagos y coseguros se deben al momento del servicio.** Aunque es posible que los deducibles de la cobertura de salud mental pueden haberse cumplido en otro lugar (por ejemplo, si hubo visitas anteriores a otro proveedor de salud mental desde enero del año en curso que fue antes de la primera sesión en la clínica), la clínica recaudará esta cantidad hasta que el seguro verifique el pago deducible a la clínica empresa o proveedor externo. Todos los beneficios del seguro serán asignados a esta clínica (por la compañía de seguros o por un proveedor externo) a menos que la persona responsable de pagar la factura pague el saldo total en cada sesión. Los clientes son responsables de los pagos al momento de los servicios. El adulto que acompaña a un menor (o tutor del menor) es responsable de los pagos del niño al momento de servicios. A los menores no acompañados se les negará el servicio que no sea de emergencia a menos que los cargos hayan sido autorizados previamente a un plan de seguro aprobado, plan de crédito, cargo tarjeta o pago al momento del servicio.

**Las citas perdidas o cancelaciones** menos de 24 horas antes de la cita se pueden cobrar a una tarifa indicada en el acuerdo de pago del servicio, esto no se aplica a la facturación del seguro o seguro de gobierno, es decir, Medicaid /Medicare. En general, a las personas se les cobrará hasta \$50 por citas perdidas. Las personas con seguro del gobierno deben pagar hasta \$5 por citas perdidas.

**Los métodos de pago** incluyen cheque, efectivo, Visa, MasterCard, Discover Card. Los clientes que usan tarjetas de crédito pueden usar su tarjeta en cada sesión o firmar un documento que permita a la clínica enviar cargos automáticamente a la tarjeta de crédito después de cada sesión. El gerente puede responder preguntas sobre políticas financieras.

Yo (nosotros) he leído, entiendo y acepto las disposiciones de la Política financiera

**Persona responsable de la cuenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Parte corresponsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

# West Counseling, PLLC

2324 Concord Lake Rd Concord, NC 28025 Ph: 704-918-1343 Fax: 704-461-4334

## Consentimiento para la Divulgación de Información

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, autoriza West Counseling a: \_\_\_\_\_ (enviar) \_\_\_\_\_

Si	No	Nombre de Proveedor/ Agencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Se requiere autorización por separado, según lo definido por HIPAA, para\* Notas de psicoterapia.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resultados de exámenes académicos     | <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas psicológicas      |
| <input type="checkbox"/> Programas de comportamiento           | <input type="checkbox"/> Planes de servicio                          |
| <input type="checkbox"/> Reporte de progreso                   | <input type="checkbox"/> Informes resumidos                          |
| <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de inteligencia | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas vocacionales          |
| <input type="checkbox"/> Informes médicos                      | <input type="checkbox"/> Registro completo excepto notes de progreso |
| <input type="checkbox"/> Perfiles de personalidad              | <input type="checkbox"/> *Notas de Psicoterapia                      |
| <input type="checkbox"/> Informes psicológicos                 | <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas                  |
| <input type="checkbox"/> Medicina: Historia/Física             | <input type="checkbox"/> Orto; Especificar _____                     |

La información anterior se utilizará para los siguientes propósitos:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Planificación del tratamiento o programa apropiado | <input type="checkbox"/> Revisión de caso       |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento o programa apropiado continuo          | <input type="checkbox"/> Actualizando archivos  |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones                                       | <input type="checkbox"/> Otro especificar _____ |
| <input type="checkbox"/> Determinar elegibilidad para beneficios o programa |   |

Entiendo que esta información. puede estar protegida por el Título 42 (Código de Reglas Federales de Privacidad de información de Salud de Identificación Individua, Partes 160 y 164) y el Título 45 (Reglas Federales de Confidencialidad de los Registros de Pacientes Abuso de Alcohol y Droga, capítulo 1 parte 2), mas las leyes estatales aplicables, Además entiendo que la Información divulgada al paciente puede no estar protegida bajo estas pautas si no es un proveedor de atención médica cubierto por las normas estatales o federales. No se divulgará información relacionada con enfermedades de transmisión sexual o enfermedades de transmisión sexual, VIH o SIDA sin el permiso expreso por escrito del consumidor. Entiendo que esta autorización es voluntaria, y puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito, y después de 1 año este consentimiento caduca automáticamente. Me han informado qué información se dará, su propósito y quién recibirá la información. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización.

**Su relación con el cliente:**  Yo  Padre/Tutor Legal  Representante personal  Otro;especificar \_\_\_\_\_

Si ,usted es el tutor legal o representante designado por el tribunal para el cliente, adjunte una copia de esta autorización para recibir esta Información de salud protegida.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(si el cliente no puede firmar)

# West Counseling, PLLC

Name: \_\_\_\_\_ Medicaid ID #: \_\_\_\_\_ Record# \_\_\_\_\_

## Treatment Plan Signatures/ Service Order

### I. Consumer:

- I confirm and agree with my involvement in the development of this treatment plan. My signature means that I agree with the services/supports provided.
- I understand that I have the choice of service providers and may change service providers any time, by contacting the person responsible for this treatment plan.

**Legally Responsible Person: Self: Yes  No**

Person Receiving Services: (Required when person is his/her own legally responsible person)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Print Name)

**Legally Responsible Person (Required if other than person receiving services)**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Print Name)

Relationship to the individual: \_\_\_\_\_

### II. Person Responsible for Treatment Plan:

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Person responsible for treatment plan) (Name of provider)

#### **Child Mental Health Services Only:**

*For individuals who are less than 21 years of age (less than 18 for State funded services) and who are receiving or in need of enhanced services and who are actively involved with the Department of Juvenile Justice and Delinquency Prevention or the adult criminal court system, the person responsible for the treatment plan attest that he or she has completed the following requirements, as specified below:*

- Met with the Child and Family Team Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- OR** Child and Family Team meeting scheduled Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- OR** Assigned a TASC Care Manager Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- AND** conferred with the clinical staff of the applicable LME to conduct care coordination

If the statements above do not apply, please check the box below and then sign as the Person Responsible for treatment plan:

- This child is not actively involved with the Department of Juvenile Justice and Prevention or the adult criminal court system

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Person responsible) (Print Name)

### III. Service Order

**REQUIRED** for all Medicaid funded services; **RECOMMENDED** for State funded services.

**For services ordered by one of the Medicaid approved licensed signatories** (see Instruction Manual).

My signature below confirms the following: (Check all appropriate boxes.)

- Medical necessity for services, requested is present, and constitutes the Service Order(s)
- The licensed professional who signs this service order has had direct contact **with** the individual.  Yes  No
- The licensed professional who signs this service order has reviewed the individual's assessment.  Yes  No

Signature: \_\_\_\_\_ License# \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Name/Title Required) (Print Name)

Outpatient counseling to include \_\_\_ Individual Counseling \_\_\_ Family Counseling \_\_\_ Group Counseling (if available)



